

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

3

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

R. BAREYT

Né à TARTAS (Landes) le 12 Mars 1892

Abcès Périnéphrétiques Primitifs

AVEC

Complications Pulmonaires

Président : M. le Professeur BROCA.

— D A X —

Imprimerie-Reliure P. PRADEU (en face la Bourse).

1919

3

T H È S E

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

R. BAREYT

Né à TARTAS (Landes) le 12 Mars 1892

Abcès Périnéphrétiques Primitifs

AVEC

Complications Pulmonaires

Président : M. le Professeur BROCA.

— D A X —

Imprimerie-Reliure P. PRADEU (en face la Bourse).

1919



FACULTÉ de MÉDECINE de PARIS

LE DOYEN : M. ROGER — **ASSESEUR :** M. POUCHET

PROFESSEURS :

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	N.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESCREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	GOUGET
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et Appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	DUPRÉ
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène et Clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER

MM.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

AGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET(A.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABBE HENRI	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX :

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR RECLUS, PROFESSEUR
DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

A M. LE DOCTEUR CAUSSADE, MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU.

A M. LE PROFESSEUR ROGER, DOYEN DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE, MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU.

A M. LE DOCTEUR ARROU, CHIRURGIEN DE LA PITIÉ.

A M. LE DOCTEUR LESNÉ, MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON.

A M. LE DOCTEUR RICHE, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON.

A M. LE PROFESSEUR BAR, PROFESSEUR DE CLINIQUE
OBSTÉTRICALE.

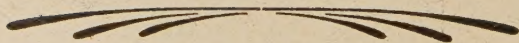
A M. LE PROFESSEUR HUTINEL, PROFESSEUR DE CLINIQUE
INFANTILE.

A M. LE DOCTEUR PHELIP, CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ,
QUI NOUS A INSPIRÉ CE SUJET DE THÈSE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR BROCA, PROFESSEUR DE CLINIQUE
CHIRURGICALE INFANTILE.

(Meis et Amicis)



Evolution et Formes Anatomiques

Dans les cas réguliers à progression franche, les collections périnéphrétiques tendent à se faire jour vers la région lombaire. L'évolution transdiaphragmatique est plutôt rare. On peut dire à priori que l'abcès est aiguillé sur cette voie par le fait même de sa position par rapport au rein et au diaphragme.

Il est aisé de concevoir que le plus souvent ce sont les abcès suprarénaux qui s'ouvrent dans le poumon et s'évacuent par vomique. Cet aboutissement ne se produit d'ailleurs que dans un quart des cas et ajoutons que les abcès supra-rénaux sont peu fréquents car le foyer périnéphrétique a le plus souvent son siège en arrière.

L'abcès périnéphrétique primitif est surtout une affection de l'homme adulte ; il est rare chez la femme ; plus rare encore chez l'enfant. Sur vingt-et-un cas cités par Hallé, treize malades avaient plus de trente-et-un ans ; sept malades avaient de vingt à trente-et-un ans et, dans un seul cas, le début remontait à la seconde enfance, ce qui fait l'intérêt de notre observation personnelle, augmenté encore par le processus peu habituel de guérison. Gibney dans un travail sur les abcès périnéphrétiques en cite trois cas chez des enfants. Le Dentu se demande si ces abcès n'étaient pas plutôt consécutifs à des poititis ou à du mal vertébral. Ce qui fait la fréquence relative de l'abcès périnéphrétique entre trente et quarante ans c'est, sans doute, qu'à cet âge la couche graisseuse du rein est la plus abondante.

En outre du diaphragme, le pus trouve encore d'autres obstacles dans sa progression vers le poumon, obstacles d'autant plus sérieux qu'ils jouent un rôle actif de défense contre lui ; les séreuses, péritoine et plèvres, ici comme ailleurs dans tout cas semblable réagissent contre l'inflammation.

Le plus souvent, le péritoine qui tapisse la face inférieure du diaphragme se recouvre tout d'abord de fausses membranes, épaisses, résistantes, qui limitent le foyer et s'opposent à son extension. Mais d'autres fois il est décollé dans une certaine

étendue et permet au pus de baigner les fibres musculaires qu'il traverse facilement pour arriver au contact des plèvres et du poumon.

La plèvre à son tour réagira. Quelques fois la marche du phlegmon est lente et naturelle ; la plèvre a le temps de subir une inflammation adhésive ; ses deux feuillettes, unis intimement l'un à l'autre, se laissent simultanément traverser par le pus, qui arrive ainsi au contact du poumon et le perforé pour s'éliminer ainsi par les bronches ; un accès de toux subit et violent fait rejeter alors une quantité considérable de liquide purulent, qui peut aller jusqu'à deux litres comme dans un cas de Cantegril. Telle semble avoir été l'évolution des abcès périnéphrétiques dans les observations suivantes :

OBSERVATION I (inédite de M. P^{HELIP}). — D.... Léon, âgé de 14 ans, entre le 17 Mars 1892 à l'Hopital des Enfants Malades, salle Molland.

A. H. — Parents bien portants. Pas de fausses couches. Deux frères bien portants.

A. P. — Cet enfant est né à terme, a été nourri au biberon et a marché vers neuf à dix mois. Il a eu la rougeole et la coqueluche vers deux ans.

En Juillet 1918, une grippe le tint quelques temps couché ; il eut beaucoup de fièvre, se plaignit d'une violente céphalée et souffrit des reins. Il ne s'est pas bien rétabli depuis et a beaucoup maigri.

Il y a trois semaines, l'enfant a de nouveau un peu de grippe ; les douleurs dans le côté gauche augmentent au point qu'il doit encore rester couché. Il va régulièrement à la selle mais présente de la pollakiurie.

E.E. le 18/3/19. — Un examen minutieux de la colonne vertébrale et des côtes ne montre rien d'anormal. Le flanc gauche dont se plaint l'enfant ne présente aucune tuméfaction appréciable. Par la palpation bimanuelle on ne sent pas le rein. La pression avec la main abdominale ne provoque aucune douleur ; par contre la pression dans la région comprise entre la crête iliaque et la dernière côte provoque une douleur très vive ; cette douleur est exacerbée au niveau du triangle de J.-L. Petit. Température 38°.

Examen des urines : urines claires, ni sucre, ni albumine, ni pus.

Examen microscopique : cristaux de phosphate amoniaco-

magnésien en petit nombre ; cristaux de phosphate tricalcique ; quelques cylindres. Eléments normaux.

Acidité en $\text{PO}_4 \text{H}^3$	0 gr. 2772.
Chlorures en NaCl	5 gr. 20 p. o/o.
— Cl	3 gr. 15 p. o/o.
Phosphates en P_2O_5	1 gr. 927 par litre.
Urée	31 gr. par litre.
Acide urique et bases puriques	0 gr. 672 par litre.

19/3/19. — Contracture très marquée de tout le flanc ; douleur très vive à son niveau. A la percussion on trouve de la submatité à la base gauche. La mensuration des membres inférieurs ne montre rien d'anormal. T. 38°.

31/3/19. — Brusquement une vomique se déclare ; elle est abondante. On trouve de la matité à gauche avec douleur ; rétraction, contracture dans le triangle de J.-L. Petit. On entend un souffle amphorique au niveau de la pointe de l'omoplate et des rales fins aux deux temps. Température 39°2. Le début de la vomique coïncide avec une poussée fébrile ; la température matinale dépasse 38° pendant cinq jours pour se tenir ensuite entre 38° et 37°.

1/4/19. — On fait une ponction au niveau de l'abcès ; elle est négative. Une seconde ponction ramène du pus.

On se décide aussitôt à intervenir. Incision de la paroi lombaire ; on découvre un gros abcès périnéphrétique communiquant avec la plèvre.

L'examen du pus n'a malheureusement pas été fait.

19/4/19. — Le petit malade passe en médecine, dans le service de M. le Docteur Apert.

La plaie opératoire bourgeonne largement ; il ne reste plus qu'une fistule d'un centimètre qui d'ailleurs ne tarde pas à se fermer.

Tout le côté gauche du thorax est moins sonore que le droit, jusque sous la clavicule ; les vibrations sont diminuées ; on trouve une diminution considérable de la respiration et on entend de gros frottements à la base gauche.

Mensuration du périmètre thoracique = 71 cm 5.

Hémithorax droit = 34 cmc.

Hémithorax gauche = 37 cmc 5.

5/5/19. — Le malade devient apyrétique, ce qui facilite un

examen radioscopique qui montre une opacité considérable, remontant jusqu'au sommet inclus et ne donnant pas de modification à la toux. L'opacité du sinus costo diaphragmatique gauche semble moindre que celle de l'hémithorax du même côté.

Le cœur déborde à droite le sternum de deux travers de doigts ; son contour gauche est invisible à cause de l'opacité du champ pulmonaire.

16/5/19. — Un nouvel examen radioscopique donne les mêmes renseignements que celui du 5 Mai.

On trouve du pneumocoque dans l'expectoration.

30/6/19. — Grande amélioration ; le malade est toujours apyrétique.

Mensuration thoracique = 72 centimètres.

Hémithorax gauche = 34 cm 5.

Hémithorax droit = 37 cm 5.

La respiration est encore diminuée à gauche.

Les vibrations sont diminuées à gauche et en arrière mais normales en avant.

La zone d'opacité semble diminuer d'étendue et d'intensité, de de la base au sommet. En outre, entre le cœur et le diaphragme, on aperçoit une zone claire. Le malade n'expectore plus et quitte bientôt l'hôpital guéri.

OBSERVATION II. — *Périnéphrite à la suite de contusion chez un tuberculeux* (DICKINSON). — Contusion sur la région lombaire gauche en Juillet 1879, chez un homme de 33 ans. Douleurs consécutives ayant débuté au mois de Mai de l'année suivante.

Jamais d'autres symptômes de tuberculose ; pas d'hémoptysies ; pas d'antécédents tuberculeux.

En Juillet, la fluctuation est manifeste. On fait une ponction et on retire trois pintes de pus.

On incise et on fait un drainage.

La guérison survient un mois après. En Septembre, hémoptysies, expectorations purulentes. Mort en Décembre 1880.

Autopsie. — On trouve une grosse caité rétro-péritonéale entourant le rein qu'elle a en quelque sorte défilé. Prolongement du côté du trou obturateur et du côté des lumbes (endroit incisé).

Un autre prolongement passe en arrière du diaphragme qui est perforé et on constate un trajet fistuleux, étroit, ulcéré, admettant

le doigt et qui va s'ouvrir dans une bronche au niveau du hile.

Le poumon était farci de tubercules crus ; on remarquait de petites cavernes dans le sommet. Les deux reins sont sains ; la capsule adipeuse du rein gauche est épaissie, adhérente et présente de fausses membranes. La colonne vertébrale et le bassin examinés avec soin n'offrent pas d'altération.

Cirrhose du foie.

OBSERVATION III. — *Abcès périnéphrétique ouvert dans le poumon gauche ; incision ; guérison* (JACOBY). — Homme de 33 ans, ayant depuis plusieurs semaines des douleurs à la face antérieure de la cuisse droite. En avant, en arrière, la région rénale droite est douloureuse à la pression, mais nullement saillante. Fièvre continue,

Tout à coup le malade est pris d'une violente quinte de toux et rejette plusieurs verres de pus, inodore, jaune.

A deux travers de doigts au-dessus de l'angle de l'omoplate jusqu'à la base du poumon gauche, matité et rales à grosses bulles. Poumon droit sain.

Malgré cette ouverture spontanée, on ne constate aucune diminution de la douleur ni de la contracture du membre inférieur, ni même de la fièvre qui devient hectique.

Incision au niveau du bord externe du sacro-lombaire qui donne issue à un crachoir de pus. Jacoby s'assure avec le doigt que le rein était intact, qu'il s'agissait bien d'un abcès périnéphrétique. Durant l'opération, le malade évacua pour la dernière fois du pus par la bouche, au milieu de la toux.

Drainage. Cessation immédiate de la fièvre, néanmoins le rétablissement fut très long et retardé par un petit épanchement. Après 5 mois de guérison parfaite, la cicatrice devint douloureuse et la région s'œdématisa.

Une nouvelle incision ramena du pus. Drainage et guérison définitive.

OBSERVATION IV. — *Abcès périnéphrétique ouvert dans les branches*. (LOUMEAU). — Homme de 50 ans atteint d'un abcès périnéphrétique datant d'une année et traité à deux reprises par l'ouverture avec les caustiques.

Actuellement l'abcès situé à gauche offre un volume considérable ; incision et drainage de la cavité, pansements quotidiens ; au bout de trois semaines, un érysipèle de la région lombaire puis

un érysipèle de la plaie se montrent successivement. Huit jours après survient une pleuro-pneumonie qui s'amende en 15 jours.

Pendant l'évolution de ces complications, on continue les lavages de l'abcès et pour en hâter la cicatrisation, on fait des injections de teinture d'iode deux fois par semaine. Quinze jours après la fin de la pneumonie, au moment de l'une de ces injections, le malade est pris d'un accès subit de suffocation qui se termine par l'excrétion de crachats purulents mêlés à la teinture d'iode ; une communication de l'abcès est donc faite avec les bronches. Malgré cet accident, la suppuration s'est peu à peu tarie et, deux mois après, la cicatrisation était définitive.

Parfois le processus est tout autre ; le diaphragme est perforé avant que la plèvre qui tapissé sa face supérieure se soit accolée au feuillet viscéral ; alors c'est dans la cavité pleurale que se fait l'épanchement ; on retrouve tous les signes de la pleurésie purulente. Après cette irruption intrapleurale, on peut voir survenir une dyspnée intense qui peut aller jusqu'à l'orthopnée ; la plèvre réagit avec violence et le malade ne tarde pas à succomber si on n'intervient pas. Mais le tableau clinique n'est pas toujours aussi dramatique ; le pus peut insidieusement déboucher dans la plèvre ; puis, par la suite, il peut quelques fois en ulcérer le feuillet pulmonaire, se faire jour à travers les bronches en perforant le poumon et donner lieu à un hydro-pneumothorax, comme dans l'observation VIII.

OBSERVATION V. — *Pyélonéphrite chronique du rein droit et abcès périnéphrétique. Epanchement de pus dans la plèvre droite par perforation du diaphragme. Thoracentèse. Autopsie (COLLIN).* — Les symptômes prédominants avaient été ceux d'un épanchement pleurétique abondant. Nous ne rapportons qu'une partie de l'autopsie.

Autopsie. — Thorax : rien à gauche. A droite, cavité pleurale remplie de pus sanieux ; poumon ramené contre la colonne vertébrale, sans aucune adhérence à la plèvre pariétale.

Abdomen : le bord supérieur du foie forme une limite d'une cavité remplie de pus ; cette cavité limitée en arrière par le muscle carré des lombes était bornée en haut par le pilier droit du diaphragme, où l'on découvre trois ouvertures fistuleuses, à bords noirâtres, irréguliers, établissant une triple communication entre

le foyer et la plèvre droite ; par des pressions alternatives, on fait refouler le pus du thorax dans l'abdomen et réciproquement.

OBSERVATION VI. — *Pleurésie gauche.* — A l'autopsie en effet la plèvre contenait une grande quantité de pus ; mais en outre il y avait un abcès périnéphrétique du même côté et une perforation diaphragmatique lui avait permis d'arriver ainsi jusque dans la plèvre. (KRETSCHMAR, thèse de Paris 1872).

OBSERVATION VII. — Un jeune homme de 26 ans, fort et habituellement bien portant, fut à la suite d'un refroidissement pris d'une douleur assez vive avec empâtement de la région rénale gauche. Les médecins qui donnèrent tout d'abord des soins au malade parurent incertains sur le diagnostic qui fut en somme celui de pleurésie de la base. Leur hésitation ne fit du reste qu'augmenter lorsqu'après plusieurs semaines, d'un état en apparence grave, le malade rendit du pus par les selles et se trouva sensiblement soulagé. Cette amélioration ne fut que passagère et bientôt la poitrine sembla se remplir de plus en plus ; le thorax et le flanc s'œdématisèrent et offrirent une voussure considérable. Au bout de quelques temps, on pratiqua deux thoracentèses à l'aide d'un petit trocart siphon de Potain, lesquelles furent faites avec succès. A chaque fois on retira trois litres de pus crémeux, dépourvu de toute odeur. Le poumon revint en partie à sa place ainsi que le cœur qui, auparavant, battait sous le mamelon droit. Le pouls devint presque normal et le malade marchait évidemment vers la guérison.

OBSERVATION VIII. — *Phlegmon. Ouverture de l'abcès dans la plèvre et à travers la paroi postérieure abdominale. Vomique. Guérison.* (NAUDET). — Le 28 Mars 1868 est entré à l'Hôpital Beaujon, Jean X..., âgé de 27 ans, exerçant le métier de maçon ; sa santé est habituellement très bonne. Il se plaint d'être malade que depuis trois jours. Sa maladie a débuté par des frissons, de la céphalalgie, de l'inappétence. Il a de l'oppression, la fièvre est ardente, le pouls marque 100 pulsations. A l'examen du malade, on constate de la matité à gauche dans la portion inférieure de la poitrine, pas de murmure respiratoire ; souffle ;

égophonie. On diagnostique une pleurésie. Rien n'est noté du côté des urines. Vésicatoires.

Le 24, en pansant le vésicatoire, on remarque que la région costo-iliaque gauche est bombée, tuméfiée, douloureuse. La peau est chaude, On constate de la fluctuation.

Le 25, rupture spontanée ; écoulement d'une grande quantité de pus.

Le 27, le malade est pris subitement d'une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine et il expectore une grande quantité de pus à odeur manifestement urinaire. On perçoit alors tous les signes d'un hydro-pneumothorax : sonorité tympanique, souffle amphorique, tintement métallique, succussion hypocratique. La prostration est considérable, la fièvre vive et continue, le pouls à 120.

Au bout de quelques jours les signes stéthoscopiques diminuent ; l'état général commence à s'améliorer ; la convalescence est longue mais régulière ; l'ouverture extérieure de l'abcès s' ferme peu à peu et le malade guéri quitte l'hôpital le 15 Mai.

Il peut arriver parfois aussi que le pus périnéphrétique ne franchisse pas le diaphragme mais qu'il ensemence le poumon à travers lui par la voie lymphatique, sanguine ou par simple contiguité. C'est le cas des observations suivantes où l'on constate, peu après les symptômes du début, une pneumonie du même côté ayant entraîné la mort.

OBSERVATION IX. (thèse T. VAUGY). — *Abcès périnéphrétique du côté droit. Pneumonie. Mort. Autopsie.* — La portion du péritoine qui revêt la face inférieure du diaphragme est décollée et recouverte de légers exsudats qu'on peut enlever par le grattage. Les fibres du diaphragme sont baignées par le pus ; elles sont bleuâtres, ramollies, mais elles ne sont pas dissociées ni écartées les unes des autres et elles ne présentent aucune perforation qui fasse communiquer les cavités abdominale et thoracique.

Cavité thoracique. — La plèvre et le poumon du côté gauche sont dans un état de parfaite intégrité. Côté droit : adhérences nombreuses entre le poumon et les parois thoraciques. Adhérences épaisses à la plèvre diaphragmatique au niveau du point où le péritoine a été décollé ; tout autour de ces adhérences, la plèvre est enflammée, tapissée de fausses membranes et il y a en même temps un léger épanchement séro-purulent. Le poumon présente

dans son tiers inférieur tous les signes d'une pneumonie au premier et au deuxième degré.

OBSERVATION X. (LE DENTU). — *Abcès périnéphrétique probablement infectieux. Pneumonie. Mort.* — K..., homme de peine, âgé de 59 ans, entre le 16 Avril 1864, salle Sainte-Marthe (ancien Hôtel-Dieu),

Il a été en Janvier de cette année dans le service de M. Richet, à la Pitié, pour un panaris.

Au bout d'un mois il va à Vincennes. Il y a cinq semaines (10 Mars environ), comme il était enrhumé, il s'aperçoit que les secousses de la toux lui répondent douloureusement dans le flanc gauche, entre la douzième côte et la crête iliaque.

Il y a dix jours une tumeur est apparue dans cette région. La marche était devenue très difficile par suite de la douleur. Pas de fourmillement ou de sensation quelconque dans les membres inférieurs. Rien dans l'appareil urinaire. Pouls à 100 pulsations. Pas de transpirations abondantes, ni de frissons, ni de grande fièvre. Constipation habituelle. Incision de l'abcès.

26 Avril. — Pneumonie de la base gauche, du côté de l'abcès. Mort. A l'autopsie rien de spécial à noter que les lésions prévues. Rien de matériel ne rend compte de l'abcès.

OBSERVATION XI. (LE DENTU). — *Abcès périnéphrétique latent ; pas de tuberculose ; persistance d'une fistule lombaire. Pneumonie infectieuse ; mort.* — M. G..., âgé de 57 ans environ. Santé altérée depuis cinq à six mois. Amaigrissement. Jamais de fièvre très nette, mais a dû en avoir quelques fois. Quelques douleurs lombaires vagues depuis peu. Rien du côté des voies urinaires.

Incision le 20 Janvier 1887. Vaste cavité avec quelques cloisonnements irréguliers. Impossible de sentir nettement le rein.

Drainage ; amélioration rapide.

Deux mois après, il est évident que le trajet restera fistuleux. Les injections de glycérine iodoformée et autres préparations excitantes échouent.

Toujours aucun signe pulmonaire.

Le 4 Avril, il se montre autour de l'orifice une rougeur qui fait craindre un érysipèle ; mais le lendemain cette rougeur a disparu et je constate une pneumonie au deuxième degré, aux progrès de laquelle le malade succombe huit jours plus tard. Pas d'autopsie.

Diagnostic des Complications Pulmonaires des Abscesses Périnéphrétiques

Rapporter une vomique, une pleurésie purulente suivie ou non de vomique à un abcès périnéphrétique est parfois chose malaisée. Tout d'abord on est peu porté à diagnostiquer la présence d'un abcès néphrétique, surtout quand aucun symptôme du côté des urines, ni pus, ni sang, ni albumine, ni calculs n'attire l'attention, comme c'est le cas dans nos observations. L'abcès périnéphrétique étant rare, on ne peut même pas avoir recours ici au diagnostic de fréquence. Un examen attentif et systématique du malade peut n'orienter plus particulièrement le clinicien sur aucun autre système ; les accidents pulmonaires semblent constituer tout le tableau clinique et, comme dans notre observation personnelle, on ne trouve ni mal de Pott, ni psoriasis, ni coxalgie ou tout autre manifestation apparente qui ne fasse même que soupçonner que ces complications pulmonaires sont secondaires. Mais les commémoratifs cependant peuvent parfois donner un renseignement important qu'il faut avoir soin de ne pas oublier : c'est la douleur lombaire survenant au cours ou après une maladie infectieuse. Dans notre observation I ont eut le tort de ne pas y attacher assez d'importance car elle était le seul symptôme en faveur d'un abcès périnéphrétique ; mais il est vrai qu'elle ne s'accompagnait pas tout d'abord de voussure au niveau de la région costo-iliaque ni de contracture à ce niveau et il paraissait quelque peu téméraire à ce moment de vouloir lui rattacher la matité de la base gauche. Les observations V et VII semblent avoir présenté les mêmes difficultés de diagnostic. Dans cette dernière, l'ouverture de l'abcès dans l'intestin confirma l'existence d'un abcès périnéphrétique et par le fait même lui rapporter la cause d'une pleurésie du même côté.

Il est rarement un exemple où le phlegmon périnéphrétique ait une marche plus insidieuse, plus accidentée que dans l'observation VIII et qui se soit néanmoins terminée d'une façon aussi

heureuse. Son développement se fait même sans attirer l'attention du malade ; l'abcès s'ouvre dans la plèvre sans autre manifestation que celle d'une simple pleurésie ; il se fraye une issue à travers la paroi lombaire avant qu'on ait même eu le temps de s'apercevoir d'une tumeur ; finit par perforer le poumon en donnant lieu à un hydro-pneumothorax et, malgré ces désordres se termine par la guérison.

En résumé, dans toute pleurésie purulente survenant sans antécédents pulmonaires, il faudra tenir compte dans les commémoratifs du malade de la douleur au niveau du triangle de J.-L. Petit, bien noter si elle a précédé l'épanchement (nous verrons plus loin pourquoi), se rendre compte si elle existe encore à la pression profonde, surveiller la région costo-iliaque et voir si la voussure de cette région n'augmente pas chaque jour.

Pour confirmer le diagnostic il ne faut pas trop attendre cependant et la fluctuation ne doit pas servir de guide au chirurgien ; il interviendrait beaucoup trop tard. Dans ce cas, l'abcès, au lieu de se faire jour dans la région lombaire, tend à fuser soit dans la fosse iliaque, soit dans les régions circumvoisines ou éloignées, comme le poumon par exemple. La fonction sera un auxiliaire précieux de diagnostic précoce.

Après avoir diagnostiqué l'abcès périnéphrétique, peut-on redouter dans certains cas une évolution transdiaphragmatique probable ? Il est parfois possible de le présumer, comme dans notre Observation I, fort comme nous le sommes après avoir rétabli tous les incidents dans l'ordre où ils se sont produits et avoir assisté aux constatations opératoires. La constipation est très fréquente au début de l'abcès périnéphrétique, soit qu'elle tienne à l'état fébrile, soit qu'elle dépende de la compression à laquelle la partie du colon voisin de l'abcès est soumise ou qu'elle soit provoquée par un certain degré d'irritation de cette partie du tube intestinal ; on peut la considérer comme habituelle dans les premières phases de la maladie. On l'a vue quelques fois disparaître au moment où le pus se frayait une voie au dehors ou dans une cavité voisine en même temps que la tumeur lombaire s'affaissait. Dans notre cas, il n'y avait pas de constipation, donc pas de compression intestinale ; pas de diarrhée, donc pas d'ouverture dans le tube intestinal ; pas de voussure costo-iliaque ; pas de péritonite ; d'autre part une fièvre à grandes oscillations indiquait un foyer suppuratif qui ne tendait pas à la résorption.

On pouvait donc prévoir, puisque l'abcès évoluait, qu'il allait

crever dans le poumon puisque rien n'indiquait qu'il envahissait aucun autre organe que lui. Cette irruption de pus périnéphrétique a dû se faire avec force puisque la cavité pleurale, comme nous le montre la radiographie, semble injectée jusque sous la clavicule. De plus si l'abcès n'avait débouché dans aucun organe, on aurait constaté, comme nous l'enseignent les auteurs, une certaine agitation nerveuse, de l'insomnie et un délirium le plus souvent nocturne, ce qui n'a pas eu lieu.

Il faudra se garder de rattacher toujours dans les cas difficiles une affection pleuro-pulmonaire à un abcès périnéphrétique à évolution torpide, affection qui loin d'en être la conséquence peut en être la cause. Il arrive très rarement en effet que le pus de ces affections pleuro-pulmonaires peut descendre selon les lois de la pesanteur à travers le diaphragme pour venir baigner l'amosphère graisseuse périrénale. M. Tuffier en a publié un cas intéressant à plusieurs égards. (Voir thèse de M. Chauvenet). Seule l'évolution chronologique des accidents donnera de précieux renseignements ; on trouvera d'abord une pneumonie ou une broncho-pneumonie qui se complique plus tard de pleurésie ; les accidents périrénaux ne viennent qu'après.

« J'ai eu l'occasion, dit M. Tuffier, d'observer récemment un cas d'abcès périnéphrétique consécutif à une affection pleuro-pulmonaire qui présente un certain intérêt en ce sens que, la malade étant morte, il m'a été permis de déterminer exactement les voies de passage de l'infection de la cage thoracique dans la cavité abdominale.

» Il s'agit d'une jeune femme de 34 ans qui était soignée dans le service de M. Fernet, pour une broncho-pneumonie avec épanchement pleural, quand elle présenta tous les signes d'un abcès périnéphrétique. Je pratiquai dans la région lombaire une large incision qui donna issue à une quantité assez considérable de pus. Celui-ci fut examiné bactériologiquement, il ne contenait que des pneumocoques.

» Quelques temps après, cette malade qui s'était bien remise de son opération et ne présentait plus qu'une petite fistule lombaire fut atteinte d'une pneumonie du côté opposé à celui de l'épanchement ; elle se mit à rendre des crachats purulents sous forme de vomique et succomba quelques jours après.

» L'autopsie me permit de constater que l'amosphère graisseuse du rein communiquait librement avec la graisse péripleurale, au

moyen d'un petit trajet, d'une sorte d'hiatus costô-lombaire qui existe à l'état normal et est constitué par l'absence des fibres du diaphragme en un point de ses insertions sur l'aponévrose du carré des lombes et que c'était par cette voie très abondamment fournie de vaisseaux sanguins et lymphatiques que s'était propagée l'infection. »

Il peut enfin arriver que l'abcès périnéphrétique coexiste avec une pleurésie du même côté, sans qu'il y ait de relation de cause à effet entre eux. C'est le cas de l'observation suivante. On trouve ici un passé pulmonaire pathologique qui lui est propre, une discordance entre l'amélioration du point pleurétique et la marche au contraire plus accentuée de l'abcès périnéphrétique. Enfin une ponction de l'abcès et de l'épanchement, qui n'a pas été faite, aurait sans doute montré qu'il n'y avait pas identité dans les deux liquides.

OBSERVATION XIII. — *Abcès périnéphrétique du côté droit consécutif à un effort. Pleurésie du même côté* (thèse de CHAUVENET). — M. X...., 38 ans ; antécédents personnels : fièvre intermittente à 22 ans, étant en Afrique.

Pleurésie gauche à 25 ans.

Antécédents héréditaires : néant.

Dans le courant du mois d'Avril 1893, en soulevant un objet assez lourd, il ressent une vive douleur dans la région lombaire droite mais n'y prête aucune attention car quelques jours après il n'y paraît plus.

Dans les premiers jours de Mai il est atteint de grippe avec coryza et bronchite légère qui dure huit jours.

Je vois le malade le 15 Mai qui, à ce moment, me raconte que tous les soirs à la même heure, depuis cette époque, il est pris de fièvre avec frissons, chaleur, sueurs ; de la même façon dit-il que pour ses fièvres d'Afrique. Vu ses antécédents, je pense pendant un instant à une fièvre palustre quoiqu'il accuse en même temps une très vive douleur dans le flanc droit. A la palpation, on ne sent aucune tumeur mais la douleur augmente par la pression et le malade remarque lui-même qu'elle est plus vive quand il fait certains mouvements. Il se tient assis sur son lit, les cuisses légèrement fléchies. La constipation est opiniâtre ; les urines sont normales.

Traitement. — Sulfate de quinine. Cataplasmes laudanisés locodolenti. Purgatif. Quelques jours après je trouve un point pleuré-

tique du même côté. Un confrère qui voit le malade confirme le diagnostic, mais nous réservons le pronostic, le point douloureux de la région lombaire persistant.

Traitement. — Vésicatoire à la région lombaire.

Pendant ce laps de temps et jusqu'au 24 juin la fièvre avait pris la forme remittente ; mais à partir de cette époque la température tombe et le malade paraît plus calme.

Le 1^{er} Juin on remarque une diminution de la pleurésie ; cependant le point douloureux persiste et l'on peut constater par le toucher bimanuel un empâtement de toute la région lombaire. La fièvre reparait, l'empâtement se prononce davantage et l'on voit à partir du 7 juin une tumeur notable qui proémine dans la région lombaire. La fosse iliaque est légèrement sensible.

L'opération décidée est pratiquée le 7 juin. Une ponction exploratrice est d'abord faite avec l'appareil Potain ; puis sans retirer le trocart, on incise transversalement (0 m. 12). Il s'écoule un demi litre de pus mélangé de sang. Le doigt introduit dans la plaie reconnaît le rein qui est sain et constate que le pus commençait à fuser du côté de la fosse iliaque. On place un gros drain, puis on fait un pansement au salol. Aucune injection.

Le 8 juin plus de fièvre. Mais pendant 3 à 4 heures la fosse iliaque reste sensible. Le 12, l'opéré se plaint de douleurs lancinantes partant de la plaie et s'irradiant du côté de la racine de la cuisse et des bourses. C'est le drain qui vraisemblablement irrite quelques filets nerveux (branches abdomino-génitales du plexus lombaire)

Le 14, la suppuration étant terminée, on enlève le drain et les douleurs disparaissent. Le malade commence à manger.

Jusqu'au 26 l'état général continue à s'améliorer ainsi que l'état local puisque la cicatrisation est complète.

A partir du 30 juin le malade se lève. Nous l'avons revu souvent depuis et actuellement (10 mois après l'opération) la guérison s'est maintenue parfaite.



CONCLUSIONS

- 1^o L'abcès périnéphrétique peut évoluer à travers le diaphragme.
 - 2^o Rareté de cette évolution chez l'adulte ; rareté de l'abcès périnéphrétique chez l'enfant et plus grande rareté encore de cette évolution chez lui.
 - 3^o Le pus périnéphrétique s'abouche directement dans les bronches du poumon du même côté ; ou fait irruption dans la plèvre pour se terminer parfois, plus tard, par vomique ; on cause seulement une pneumonie.
 - 4^o Le diagnostic peut être rendu très difficile par ce fait que l'abcès périnéphrétique a quelques fois une évolution torpide et ne se révèle que par une pleurésie ou une vomique, complication qui seule au début attire l'attention.
- La difficulté peut encore être augmentée quand l'abcès périnéphrétique est consécutif à une pleurésie. C'est l'exception. Seule l'histoire de la maladie tranche l'étiologie.
- Un abcès périnéphrétique peut enfin coexister avec une pleurésie du même côté sans que l'un soit la conséquence de l'autre.
- 5^o Le traitement de l'abcès périnéphrétique sera aussi précoce que possible pour éviter l'irruption du pus dans le poumon, irruption qu'on peut quelques fois présumer quand le diagnostic d'abcès périnéphrétique a été nettement posé.

Vu : Le Doyen,

Le Président,

ROGER.

A. BROCA.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ.

